

# ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 614.2

## СТРАТИФИКАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.И. Горбунов, А.С. Верушкина, Г.В. Возженникова, И.Н. Исаева

*Ульяновский государственный университет*

В статье представлены результаты исследования популяционного качества жизни населения Ульяновской области с использованием районной стратификации уровней качества жизни. В исследование были включены 735 чел. из 20 районов Ульяновской области в возрасте от 15 до 86 лет. Параметры качества жизни оценивали с использованием опросника SF-36. В результате проведенного исследования получены средние значения показателей качества жизни для населения 20 районов Ульяновской области.

**Ключевые слова:** качество жизни, физический компонент здоровья, психологический компонент здоровья, стратификационный подход.

**Введение.** На сегодняшний день интерес к проблематике качества жизни неустанно растет, что не может не радовать, так как это свидетельствует о том, что наше общество озабочено уже не столько проблемами самосохранения, сколько вопросами устойчивого социального развития и восстановления своей роли и своего места в мировом сообществе. В свою очередь повышение качества жизни должно рассматриваться как приоритет всех уровней власти и как общечеловеческая идея, способная существенно повлиять на ход развития России. И здесь необходимы целенаправленные действия со стороны государства по улучшению качества жизни населения, включающие повышение уровня благосостояния населения, поддержку семьи, материнства и детства, укрепление здоровья населения, возрождение нравственности и духовности, повышение уровня образованности и др. [4]. При этом уровень качества жизни населения по праву выступает интегральным показателем эффективности реформ государственной власти всех уровней по улучшению качества жизни граждан. Однако немаловажен тот факт, что уровень качества

жизни населения России в целом не есть уровень качества жизни населения отдельного региона, а уровень качества жизни населения региона не есть уровень качества жизни населения отдельного района данного региона. Поэтому в целях максимальной направленности, приближенности и, как следствие, максимальной эффективности реформ по улучшению качества жизни населения необходимо использовать стратификационный подход.

**Цель исследования.** Оценить и проанализировать показатели качества жизни населения Ульяновской области в разрезе районов, а также провести зонирование территории Ульяновской области по уровню качества жизни.

Задачи исследования: определить показатели качества жизни населения Ульяновской области согласно районной стратификации с использованием стандартного опросника SF-36; провести сравнительный анализ параметров качества жизни в исследуемых группах респондентов с позиций влияния различных средовых факторов; произвести зонирование территории Ульяновской области по уровню качества жизни.

**Материалы и методы.** Объектом исследования послужило население 20 районов Ульяновской области в возрасте от 15 до 86 лет в количестве 735 чел. Выборка была сформирована после исключения анкет, не содержащих сведений о поле и возрасте или имеющих менее 50 % ответов по каждой шкале опросника SF-36, из выборки 836 чел. Среднее число наблюдений по каждому району – 39 (параметры качества жизни населения Кузоватовского, Новоспасского и Цильнинского районов в анализе не учитывали ввиду недостаточного числа наблюдений – менее 30). Структура выборки характеризуется распределением респондентов по полу, возрасту, месту проживания, образованию, трудовой занятости, семейному статусу, материальным и жилищным условиям. Кроме того, учитывали наличие или отсутствие у респондентов нарушения здоровья, его давность, органную локализацию, обращаемость по поводу имеющегося нарушения здоровья за медицинской помощью, а также степень удовлетворенности респондентов своим здоровьем, жизнью, качеством жизни.

Исследование проведено с использованием общепринятого в международной практике опросника SF-36 в соответствии с требованиями Международного проекта IQOLA, разработанного для проведения популяционных исследований качества жизни [6].

Сбор данных осуществляли методом анкетирования на основе использования прямого опроса респондентов. После разъяснения целей и задач исследования опросник SF-36 и две специальные анкеты, отражающие социодемографические особенности населения региона, заполнялись респондентом самостоятельно.

Опросник SF-36 можно применять как у здоровых людей, так и при хронических заболеваниях [1, 2]. Возраст респондентов – 15 лет и старше. Инструмент состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психологическое здоровье (ПЗ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность

(жизнеспособность) (Ж). Первые три шкалы измеряют физический компонент здоровья и имеют с ним высокий уровень корреляции. Следующие три шкалы измеряют психологический компонент здоровья и имеют с ним высокий уровень корреляции. Остальные шкалы коррелируют с обоими компонентами [3]. Количество вопросов в каждой из шкал опросника варьирует от 2 до 10, на каждый вопрос предлагаются разные варианты ответов. Ответы на вопросы представлены в виде шкал Ликерта. После проведения шкалирования результаты исследования выражаются в балах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни.

Обработка данных осуществлялась с использованием программной среды Microsoft Office Excel 2003 и пакета статистической обработки данных SPSS 9.0.

При сравнительном анализе средних величин в связи с ненормальным распределением показателей применяли непараметрические критерии (Манна–Уитни, Крускала–Уоллиса) [5]. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Суммарно выборка включила 735 чел. из 20 районов Ульяновской области в возрасте от 15 до 86 лет. По половой структуре во всех районах преобладало женское население. Средний возраст всех респондентов –  $44 \pm 18$  лет. Самым «молодым» условно оказался Старокулаткинский район (средний возраст респондентов –  $37,4 \pm 15,9$  года); Сурским районом представлен максимум среднего возрастного показателя –  $50,9 \pm 12,6$  года. Процент работающих или занятых в целом по всем районам составил 47,6 %, процент безработных – 9,3 %; доля лиц пенсионного возраста – 27,2 %; доля занятых учебой – 16 %. Уровень образования среди респондентов всех районов преимущественно средний специальный; семейный статус – преимущественно замужем/женат; уровень доходов преимущественно низкий. Имеют какое-либо нарушение здоровья от 45 % респондентов (в Карсунском районе) до 100 % респондентов (в Ульяновском районе). Процент обращаемости за медицинской помощью в случае на-

личия какого-либо нарушения здоровья варьировал от 76 % (в Старокулаткинском районе) до 100 % (в Базарносызганском, Вешкаймском, Николаевском и Старомайском районах) и составил в среднем 93 %.

Анализ показателей качества жизни по 8 шкалам опросника SF-36, стратифицированный по районам Ульяновской области, позволил нам выявить следующие закономерности. По шкалам физического компонента здоровья наибольший уровень качества жизни имели следующие 5 районов (по убыванию): Майнский, Павловский, Новомалыклинский, Карсунский, Старокулаткинский; наименьший уровень качества жизни имели следующие 5 районов (по возрастанию): Чердаклинский, Ульяновский, Радищевский, Сурский, Сенгилеевский. По шкалам психологического компонента здоровья также выделили 5 районов с наибольшим (по убыванию) уровнем качества жизни – Майнский, Павловский, Карсунский, Инзенский, Барышский; и 5 районов с наименьшим (по возрастанию) уровнем качества жизни – Ульяновский, Чердаклинский, Старомайский, Сенгилеевский и Базарносызганский.

Для сравнительного анализа параметров качества жизни с позиций влияния различных средовых факторов нами условно были взяты районы, фигурирующие чаще в исследовании как наиболее благоприятные по уровню качества жизни – Майнский, Павловский и Карсунский и как наименее благоприятные – Чердаклинский, Ульяновский, Сенгилеевский и Старомайский районы. Полученные нами результаты мы сопоставили с данными кандидата биологических наук, доцента кафедры биоэкологии и генетики человека экологического факультета УлГУ С.В. Ермолаевой по анализу природных, производственных, социально-экономических факторов формирования медико-экологической обстановки Ульяновской области. Согласно автору, оцененному суммарные выбросы, осуществляемые предприятиями области за последние 19 лет, процентное отношение объема загрязняющих веществ в атмосферном воздухе самое высокое в Ульяновском районе, где располагается так называемый Новоульяновский промышленный узел, и Сенгилеевском

районе, где активно функционирует Сенгилеевский цементный завод. Зонирование территории Ульяновской области по степени комфортности социальных условий обратно пропорционально полученным нами данным по уровню качества жизни: в двух из выделенных нами районов как благоприятных по уровню качества жизни – Майнском и Павловском, по данным С.В. Ермолаевой, социальные условия неудовлетворительные. В Чердаклинском и Ульяновском районах, напротив, социальные условия удовлетворительные.

В свою очередь анализ основных показателей здравоохранения и состояния здоровья населения в районах Ульяновской области показал следующее. Коэффициент естественной убыли населения ниже в 2–4 раза в районах, имеющих наименьший уровень качества жизни. Самый низкий показатель смертности среди всех районов – в Ульяновском (14,4 на 1000 населения), самый высокий – в Карсунском (24,0 на 1000 населения). Самая высокая обеспеченность врачами приходится на Павловский район (19,3 на 10 000 населения), самая низкая – в Чердаклинском районе (1,1 на 10 000 населения); обеспеченность средними медицинскими работниками в районах с наименьшим уровнем качества жизни – не выше 70 на 10 000 населения, в районах с наибольшим уровнем качества жизни – до 111 на 10 000 населения. Обеспеченность поликлиниками (число посещений в смену) самая низкая в Чердаклинском районе (62 на 10 000 населения); обеспеченность койками самая низкая в Чердаклинском (48,1 на 10 000 населения) и Ульяновском (41,1 на 10 000 населения) районах. Самый низкий уровень первичной заболеваемости и болезненности приходится на Ульяновский район. В Чердаклинском районе в сравнении с остальными районами Ульяновской области отмечается самая высокая распространенность травматизма (107,5 на 100 000 населения), туберкулеза (110,6 на 100 000 населения) и алкоголизма (243,1 на 100 000 населения); заболеваемость алкоголизмом в Сенгилеевском и Старомайском районах (249,7 и 314,2 на 100 000 населения соответственно) также выше, чем в остальных. Заболеваемость

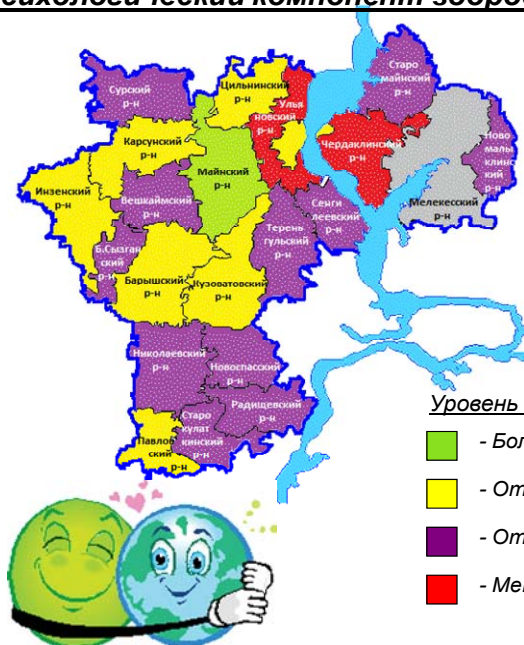
мость психическими расстройствами самая высокая в Ульяновском районе (238 на 100 000 населения).

**Заключение.** В результате проведенного исследования нами были сделаны следующие предварительные выводы. Население Майнского, Павловского и Карсунского районов имеет сравнительно наиболее высокий уровень качества жизни; население Чердаклинского, Ульяновского, Сенгилеевского и Старомайнского районов имеет сравнительно наиболее низкий уровень качества жизни. Загрязнение атмосферного воздуха, уровень

доступности медицинской помощи населению, высокая распространенность социально-значимых заболеваний находят свое отражение в уровне качества жизни населения Ульяновской области. Показатели демографии, объективно определяемая степень комфортности социальных условий находятся с показателями качества жизни в обратной зависимости.

Также, исходя из поставленной цели исследования, мы произвели зонирование территории Ульяновской области по уровню качества жизни (рис. 1).

### Психологический компонент здоровья



### Физический компонент здоровья



Рис. 1. Зонирование территории Ульяновской области по уровню качества жизни

1. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Нева ; М. : ОЛМА-ПРЕСС «Звездный мир», 2002. – 320 с.

2. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.

3. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга / А. А. Новик [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 4. – С. 22–31.

4. Популяционное исследование качества жизни населения Костромы и Костромской области / И. П. Криуленко [и др.] // Вестник Международного центра исследования качества жизни. – 2009. – № 13–14. – С. 41–50.

5. Сергиенко В. И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В. И. Сергиенко, И. Б. Бондарева. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 256 с.

6. Cross-Cultural Comparisons of the Content of SF-36 translations across ten countries: result from the IQOLA Project / A. K. Wagner [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 1998. – Vol. 51, № 11. – P. 925–932.

---

## STRATIFICATION ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE OF THE POPULATION OF THE ULYANOVSK REGION

V.I. Gorbunov, A.S. Verushkina, G.V. Vozzhennikova, I.N. Isaeva

*Ulyanovsk State University*

Results of research of population quality of life of the population of the Ulyanovsk region are presented in article with use of regional stratification of a level of quality of life. 735 people were included in research from 20 regions of the Ulyanovsk region aged from 15 till 86 years. Parameters of quality of life estimated with use of a questionnaire of SF-36. As a result of the conducted research average values of indicators of quality of life for the population of 20 regions of the Ulyanovsk region are received.

**Keywords:** quality of life, physical component of health, psychological component of health, stratification approach.